

F A X 099-224-1539

認知症介護教室 申込書

ご記入の上、FAXしてください。

鹿児島市長寿支援課 地域包括支援係 行き

フリガナ	
氏名	
住所	〒 () - ()
電話	() -
年齢	歳
受講希望日	3日全て 5/24 5/30 6/9
認知症の人の 介護の有無	介護 有 ・ 無 有の方 → 誰を： 夫 妻 父 母 配偶者の父 配偶者の母 その他 ()
当日、認知症 の人を同伴さ れる予定の 有無	有 ・ 無 有の方 → 性別、年代を教えてください。(男 ・ 女 歳代)